

---

## ELTERNFRAGEBOGEN

Name des Kindes:

---

### Herzlich willkommen im Maudacher Therapiezentrum!

Wir möchten Sie bitten, diesen Fragebogen so sorgfältig wie möglich auszufüllen. Sie können dafür auch das gelbe Vorsorgeheft und/oder Ihnen bereits vorliegende Berichte über Vorbehandlungen zu Rate ziehen. Mit der detaillierten Beschreibung Ihres Kindes gehen Sie einen ersten Schritt auf dem Weg zu hilfreichen Lösungen.

---

### Anlass zur Vorstellung, aktuelle Herausforderungen

Welche Sorgen, Probleme, Beschwerden oder Erkrankungen bei Ihrem Sohn/Ihrer Tochter sind Anlass für Sie, sich an uns zu wenden:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Welche **weiteren Probleme und Auffälligkeiten** bei Ihrem Sohn/Ihrer Tochter machen Ihnen Sorgen?

- 
- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Niedergeschlagenheit               | <input type="radio"/> Zwanghafte Verhaltensweisen             |
| <input type="radio"/> Mutlosigkeit, Antriebslosigkeit    | <input type="radio"/> Tics                                    |
| <input type="radio"/> Kontaktprobleme                    | <input type="radio"/> Selbstverletzungen                      |
| <input type="radio"/> Gleichgültigkeit                   | <input type="radio"/> Selbstmordversuch                       |
| <input type="radio"/> Ängstlichkeit                      | <input type="radio"/> Zerstören von                           |
| <input type="radio"/> Geht nicht unter Leute             | <input type="radio"/> Gegenständen                            |
| <input type="radio"/> Schlafstörungen                    | <input type="radio"/> Aufbrause, Wutanfälle                   |
| <input type="radio"/> Essverhaltensprobleme              | <input type="radio"/> Sexuelle Auffälligkeiten                |
| <input type="radio"/> Häufige                            | <input type="radio"/> Aggressives Verhalten gegenüber anderen |
| <input type="radio"/> Schmerzzustände                    | <input type="radio"/> Weglaufen, Streunen                     |
| <input type="radio"/> Häufige sonstige körperliche       | <input type="radio"/> Lügen                                   |
| <input type="radio"/> Beschwerden                        | <input type="radio"/> Stehlen                                 |
| <input type="radio"/> Missbrauch von Alkohol, Tabletten, | <input type="radio"/> Konflikte mit dem Gesetz                |
| <input type="radio"/> Drogen                             | <input type="radio"/> Bewegungsstörungen                      |
| <input type="radio"/> Einnässen                          | <input type="radio"/> Sprachstörungen                         |
| <input type="radio"/> Einkoten                           | <input type="radio"/> Hörstörungen                            |
| <input type="radio"/> Lern- und Arbeitsstörungen         | <input type="radio"/> Verbringt zu viel Zeit mit Medien       |
| <input type="radio"/> Konzentrationsstörungen            |   |
-

# MauTZ | Maudacher Therapiezentrum

Wer hat Ihnen das Maudacher Therapiezentrum empfohlen?

- Kinder-/Hausarzt bzw. -ärztin
- Kindergarten/Schule
- Internet
- Erziehungsberatungsstelle/Schulpsych. Dienst
- PsychologIn, PsychotherapeutIn
- Jugendamt
- Eltern, Angehörige
- andere

## VORBEHANDLUNG

Bisher aufgesuchte Ärzte, Beratungsdienste und bisherige Untersuchungen/Behandlungen: Wo haben Sie Ihren Sohn/Ihre Tochter bereits wegen der zuvor genannten Schwierigkeiten vorgestellt? (z.B. KinderärztIn, NeurologIn, OrthopädIn, AugenärztIn, HNO-ÄrztIn, Kinderklinik, Psychologische Beratungsstelle, Kinder- und JugendpsychiaterIn, Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, Psychotherapie, ... andere)

Name, Adresse	Wann	Warum

Medikamente in Vorgeschichte **wegen der oben genannten** Schwierigkeiten:

Medikamentenname	Dosierung	Eingenommen von... bis...

Alle Medikamente, **die zur Zeit** eingenommen werden:

Medikamentenname	Dosierung

## SCHWANGERSCHAFT (Hinweis: Sie finden einige dieser Angaben im Mutterpass und Vorsorgeheft)

Besonderheiten während der Schwangerschaft (bitte ankreuzen)

Monat		Monat	
<input type="radio"/> Blutung		<input type="radio"/> Erhöhter Blutdruck	
<input type="radio"/> Fruchtwasserunters.		<input type="radio"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)	
<input type="radio"/> Vorzeitige Wehen		<input type="radio"/> Infektionskrankheiten	
<input type="radio"/> Schwangerschaftserbrechen		<input type="radio"/> Ödeme (Wassereinlagerungen)	
<input type="radio"/> Medikamenteneinnahme		<input type="radio"/> Fehl-/oder Totgeburt	
<input type="radio"/> Alkohol		<input type="radio"/> Seelische Belastung	
<input type="radio"/> Rauchen			

Sonstiges:

## GEBURT UND NEUGEBORENEZEIT

Geburt in welcher Schwangerschaftswoche? (Norm 40):	Name der Entbindungsklinik:
War einer der folgenden Eingriffe notwendig? <input type="radio"/> Kaiserschnitt <input type="radio"/> Geburtszange <input type="radio"/> Saugglocke	Gab es Komplikationen? z. B. <input type="radio"/> Nabelschnurumschlingung <input type="radio"/> grünes Fruchtwasser

Sonstiges

Gewicht	Größe
Kopfumfang	APGAR-Werte
Bestanden <b>irgendwelche Auffälligkeiten</b> bei Ihrem Sohn/Ihrer Tochter? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wenn ja, welche?	Wurde Ihr Sohn/Ihre Tochter <b>nach Geburt</b> in eine Kinderklinik verlegt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wenn ja, warum? In welche Klinik?

Hatte Ihr Sohn/Ihre Tochter **in den ersten 4 Lebenswochen** eine der folgenden Störungen oder Erkrankungen?

<input type="radio"/> Blutgruppenunverträglichkeit	<input type="radio"/> Fieber/Neugeboreneninfektion
<input type="radio"/> Behandlungsbedürftige Gelbsucht	<input type="radio"/> Neugeborenenkrämpfe

Sonstiges:

## ENTWICKLUNG IM SÄUGLINGS- UND KLEINKINDESALTER

Wurde Ihr Sohn/Ihre Tochter gestillt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, wie lange?	

Bitte kreuzen Sie für jede Beschreibung die zutreffende Zahl an  
**0** = Gar nicht    **1** = Ein wenig    **2** = Weitgehend    **3** = Besonders

### Frühkindliche Regulation (bis zum 1. Lebensjahr)

1	Es gab Ein- und Durchschlafprobleme	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
2	Es gab Fütter- und Trinkschwierigkeiten	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
3	Auffälligkeiten im Interaktionsverhalten (z.B. wenig Blickkontakt)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
4	Häufiges Schreien („Schrei-Baby“)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
5	Konnte sich nur schlecht beruhigen	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

## ENTWICKLUNGSDATEN

Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter an allen Vorsorgeuntersuchungen bisher teilgenommen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
	Alter (z.B.: „2 Jahre und 3 Monate“)		Alter (z.B.: „2 Jahre und 3 Monate“)
Freies Laufen		Sauber tags	
Erste Worte		Sauber nachts	
Trocken tags		Fahrrad fahren	
Trocken nachts			
<b>Motorischer Gesamteindruck</b> <input type="radio"/> Eher geschickt <input type="radio"/> Eher ungeschickt		<b>Händigkeit aktuell</b> <input type="radio"/> Rechtshänder <input type="radio"/> Linkshänder <input type="radio"/> Beidhändig	
<b>Sprachentwicklung</b> Gab es Probleme beim Sprechenlernen (Wortschatz, Aussprache, Stottern etc.):		<b>Logopädische Behandlung?</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

**Weitere wichtige Angaben zur Entwicklung**, die wir bislang vergessen haben zu fragen:

## KINDERGARTEN- / VORSCHULALTER

	War Ihr Kind im:	Von bis (Alter)	Wo
<input type="radio"/>	Kinderkrippe/-tagesstätte		
<input type="radio"/>	Regelkindergarten		
<input type="radio"/>	Sonder-/Förderkindergarten		
<input type="radio"/>	Kinderhort		

Ging Ihr Sohn/Ihre Tochter  ungern in den Kindergarten?  gern in den Kindergarten

Welche der **folgenden Verhaltensauffälligkeiten** machten Ihnen während der Kindergartenzeit Ihres Kindes Sorgen?

<input type="radio"/> Schlafstörungen	<input type="radio"/> Ungeschicktheit	<input type="radio"/> Trotz, Ungehorsam
<input type="radio"/> Ängstlichkeit	<input type="radio"/> Bewegungsstörungen	<input type="radio"/> Wutausbrüche
<input type="radio"/> Gehemmtheit, Schüchternheit	<input type="radio"/> Zappeligkeit	<input type="radio"/> Kontaktstörungen
<input type="radio"/> Einordnungsschwierigkeiten	<input type="radio"/> Unkonzentriertheit	<input type="radio"/> Sexuell auffälliges Verhalten
<input type="radio"/> auffälliges Spielverhalten	<input type="radio"/> Bauchschmerzen	<input type="radio"/> Tics
<input type="radio"/> Essenschwierigkeiten	<input type="radio"/> Kopfschmerzen	<input type="radio"/> Traurigkeit / Niedergeschlagenheit

Ergaben sich **sonstige Schwierigkeiten** in der Kindergarten- und Vorschulzeit?

---



---



---



---



---

## SCHULE

Wurde Ihr Sohn/Ihre Tochter **von der Einschulung zurückgestellt**?  Ja  Nein

Wenn ja, aus welchem Grund

**Welche Schulen** besuchte Ihr Sohn/Ihre Tochter bisher?

Schule	von	bis

Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter eine **Klasse wiederholt**?  Ja, die ..... Klasse  Nein

Welche **Stärken** hat Ihr Sohn/Ihre Tochter in der Schule?

Welche **Schwierigkeiten oder Schwächen** zeigen sich in der Schule?

Mussten Sie sich um die **schulischen Angelegenheiten** Ihres Sohnes/Ihrer Tochter kümmern, z.B.

Hausaufgabenkontrolle	<input type="radio"/> Häufig	Haben Sie Kontakt mit der Schule:	<input type="radio"/> Häufig
	<input type="radio"/> Selten		<input type="radio"/> Selten
	<input type="radio"/> Nie		<input type="radio"/> Nie

Welche schulischen Schwierigkeiten wurden von den Lehrern berichtet?

---



---



---



---



---

Macht Ihr Sohn/Ihre Tochter die **Hausaufgaben** regelmäßig?  Ja  widerwillig  Nein

Wie arbeitet Ihr Sohn/Ihre Tochter bei den **Hausaufgaben**?

<input type="radio"/> Zerstreut	<input type="radio"/> Mit häufigen Pausen	<input type="radio"/> Gibt leicht auf
<input type="radio"/> Verspielt	<input type="radio"/> Ausdauernd	<input type="radio"/> Lustlos
<input type="radio"/> Braucht Hilfe	<input type="radio"/> Unordentlich	<input type="radio"/> Muss sich häufig bewegen
<input type="radio"/> Verträumt	<input type="radio"/> Abgelenkt	<input type="radio"/> Selbstständig
<input type="radio"/> Konzentriert	<input type="radio"/> Gewissenhaft	<input type="radio"/> Langsam
<input type="radio"/> Oberflächlich	<input type="radio"/> Braucht Druck von außen	<input type="radio"/> Macht unregelmäßig Hausaufgaben

Wie verhält sich ihr Sohn/Ihre Tochter vor **Klassenarbeiten**?

<input type="radio"/> Zuversichtlich	<input type="radio"/> Hat keinen Appetit	<input type="radio"/> Ist sehr aufgeregt
<input type="radio"/> Ruhig, gelassen	<input type="radio"/> Erbrechen, Übelkeit	<input type="radio"/> Hat Angst
<input type="radio"/> Verschweigt Klassenarbeiten	<input type="radio"/> Schlafstörungen	<input type="radio"/> Geht nicht in die Schule

Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter einen Schulabschluss?  Nein, besucht noch die Schule

Wenn ja, welchen Schulabschluss?:

## INTERESSEN UND FÄHIGKEITEN

Fertigkeiten: Was finden Sie an Ihrem Sohn/Ihrer Tochter besonders gut? Womit sind Sie besonders zufrieden?

### Freizeitverhalten

Was macht Ihr Sohn/Ihre Tochter in der Freizeit (Hobbies, sportliche Aktivitäten etc.)

Besondere Abneigungen? (Spiele, Tätigkeiten)

Kann Ihr Sohn/Ihre Tochter die Freizeit sinnvoll gestalten?		Medienkonsum?
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche Medien besitzt Ihr Kind/kann Ihr Kind nutzen? (z.B. TV, Handy, Tablet, Laptop, PC, Spielekonsolen, usw.):
Er/sie verbringt die Freizeit		
<input type="radio"/> Lieber alleine	<input type="radio"/> Lieber mit Gleichaltrigen	
<input type="radio"/> Lieber mit Erwachsenen	<input type="radio"/> Lieber mit Jüngeren	
Er/sie hat		Wieviele Stunden darf Ihr Kind Medien pro Tag nutzen?
<input type="radio"/> Viele Freunde/ Freundinnen	<input type="radio"/> Wenige Freunde/ Freundinnen	
<input type="radio"/> Keine Freunde/ Freundinnen	<input type="radio"/> Wenige, aber sehr enge Freundschaften	Hat Ihr Kind einen Fernseher im Zimmer? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen? Welche?		Beschränken Sie aktiv den Medienkonsum Ihres Kindes? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

## MEDIZINISCHE ANAMNESE

Hatte Ihr Kind schwerwiegende körperliche Erkrankungen?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche und wann?

Krankenhausaufenthalte, Operationen, Unfälle:

Warum	Wann	Name der Klinik

Weitere ergänzende Angaben zu Klinikaufenthalten:

---



---



---



---



---

---

Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter **Sehstörungen**?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? Brille?

---

Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter **Hörstörungen**?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? Hörgerät?

---

Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter eine **Allergie**?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter eine **chronische Erkrankung**? (z.B. Asthma, Diabetes, rheumatische Erkrankungen)  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

Hat oder hatte Ihr Sohn/Ihre Tochter **Krampfanfälle / eine Epilepsie**?  Ja  Nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte die Anfälle:

---

## FAMILIENANAMNESE

---

War Ihr Kind von den Eltern z.B. wegen Krankenhaus- oder Heimaufenthalt über längere Zeit getrennt?

Ja  Nein

Von  Bis   
Trennungsgrund

---

Was trifft für Ihre **Familie** zu?

---

- Eltern leben seit Geburt des Kindes zusammen
- Eltern sind geschieden seit: .....
- Mutter/Vater alleinerziehend seit: .....

- Eltern leben getrennt seit: .....
- neue Partnerschaft des Vaters seit: .....
- neue Partnerschaft der Mutter seit: .....

Gibt es in Ihrer jetzigen Partnerschaft Probleme, die sich auf Ihr Kind auswirken?  Ja  Nein

Von wem wurde Ihr Sohn/Ihre Tochter bisher **vorwiegend erzogen**?

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Von beiden Elternteilen | <input type="radio"/> Von der Mutter |
| <input type="radio"/> Von den Großeltern      | <input type="radio"/> Vom Vater      |
| <input type="radio"/> Sonstige (von wem...)   |                                      |

Wer von den erziehenden Personen hat den **größten Einfluss** auf Ihren Sohn/Ihre Tochter?

Unterscheiden sich Vater und Mutter hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen deutlich?  Ja  Nein

Wenn ja, worin?

- |  |  |                                    |                                |
|--|--|------------------------------------|--------------------------------|
| Ist die Beziehung zwischen Mutter und Sohn/Tochter | <input type="radio"/> besonders eng und herzlich | <input type="radio"/> ausgeglichen | <input type="radio"/> gespannt |
| Ist die Beziehung zwischen Vater und Sohn/Tochter  | <input type="radio"/> besonders eng und herzlich | <input type="radio"/> Ausgeglichen | <input type="radio"/> gespannt |

Gibt es schwerwiegende körperliche oder seelische Krankheiten oder Störungen bei Vater, Mutter, Geschwistern oder Großeltern (z.B. chronische Krankheiten, Depressionen, Alkoholabhängigkeit, Selbstmordversuche)?  Ja  Nein

Wenn ja, welche, bei wem?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Geschwister des Patienten/Patientin

Name	Vorname	Geburtsdatum	Schule / Beruf

## WOHNSITUATION

Wohnen Sie seit der Geburt Ihres Kindes in der gleichen Wohnung?  Ja  Nein

Wenn nein, wo haben Sie sonst noch gewohnt? .....

Ort	Von	Bis

---

Teilt Ihr Kind sein Zimmer mit jemandem?  Ja  Nein

Wenn ja, mit wem? .....

---

Gibt es besondere Spannungen oder Probleme zwischen den Geschwistern?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

---

Wieviel **Taschengeld** erhält Ihr Sohn/Ihre Tochter im Monat?

---

Wird Ihr Kind zu **häuslichen Arbeiten** herangezogen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

---

Wie erledigt Ihr Sohn/Ihre Tochter diese Pflichten?  gerne  ungerne  weigert sich oder vergisst

---

Weitere **wichtige Dinge** oder **noch nicht genannte belastende Lebensereignisse**, die wir über/von Ihrem Sohn/Ihre Tochter wissen sollten?

---

Ausgefüllt von

Datum